

ANNÉE 1936

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

KALCHTEIN BAROUH

Né le 8 Mars 1905 à Kichineff (Roumanie)

A propos de quelques cas de Syndrome de Gelineau avec hallucinations oniriques

Président de thèse : M. Henri CLAUDE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE PICART
59, Boulevard Saint-Michel, 59

1936

587



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1936

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

KALCHTEIN BAROUH

Né le 8 Mars 1905 à Kichineff (Roumanie)

A propos de quelques cas
de
Syndrome de Gelineau
avec
hallucinations oniriques

Président de thèse : M. Henri CLAUDE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE PICART
59, Boulevard Saint-Michel, 59

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CUNÉO.
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale	LENCRMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	MARION.
Clinique urologique	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAÏTPE.
Clinique thérapeutique médicale	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale	EZANÇON.
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	
dulte	
Professeurs sans chaire	MATHIEU.
	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BEZANÇON Justin.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie..... BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Physique..... DOGNON.
 Urologie..... FEY.
 Parasitologie..... GALLIARD.
 Bactériologie..... GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie..... GAYET.
 Histologie..... GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie.. HALPHEN.
 Pharmacologie..... HAZARD.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène..... JOANNON.
 Chimie biologique..... LABBÉ HENRI.
 Obstétrique..... LACOMME.

Obstétrique..... LANTUÉJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie..... Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Anatomie pathologique.. OBERLING.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-LUT/ILL'S.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique..... PORTES.
 Physiologie..... RICHET.
 Chimie biologique..... SANNIÉ.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie expérimentale TROISIER.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique..... VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie..... BUSQUET.
 Physiologie..... CHAILLEY-BERT.

Anatomie pathologique.. LEROUX.
 Parasitologie..... NEVEU-LEMAIRE.
 Physique..... N.

A TITRE PERMANENT

Clinique
médicale

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale.

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDoux-LEBARD.
WEIL-HALLÉ.
RUPPE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de mon affection
profonde et de ma reconnaissance infinie.*

AUX MIENS ET A MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR H. CLAUDE

PROFESSEUR DE CLINIQUE

DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Témoignage de reconnaissance respectueuse.

A NOTRE MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN LHERMITTE

MÉDECIN-CHEF A L'HOSPICE PAUL BROUSSE

*Qui nous a inspiré cette thèse.
Nous sommes heureux de lui témoi-
gner notre profonde reconnaissance
et nous le remercions vivement pour
l'accueil cordial et chaleureux qu'il
nous a toujours réservé. Nous lui
exprimons ici, avec notre admira-
tion, notre profonde gratitude.*

A NOTRE MAITRE
LE DOCTEUR R. LOWENSTEIN

Nous le prions d'accepter l'hommage de notre respectueuse admiration.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

Dans notre travail, nous nous proposons, en nous appuyant sur les notions que notre Maître, le Professeur Lhermitte, précisa au cours de ses travaux sur le sommeil, d'étudier le développement des troubles psychosensoriels engendrés par le sommeil morbide narcoleptique.

La narcolepsie fut décrite pour la première fois en 1880 par Gelineau comme « une névrose rare caractérisée par un besoin subit irrésistible de dormir, ordinairement de courte durée, se produisant à des intervalles plus ou moins rapprochés et obligeant le sujet à tomber ou à s'étendre ».

Mais c'est Redlich qui insista le premier sur l'activité onirique dans les attaques de narcolepsie. Depuis, plusieurs auteurs français : le Prof. Claude, notre Maître Lhermitte, Allajouandre, Baruk ; et étrangers : Thiele, Rosenthal, Munzer, Penta, Levin et d'autres, ont rapporté de nombreuses observations dans lesquelles nous essayerons de retrouver les éléments qui relient les troubles du sommeil à la désagrégation de la personnalité.

Nous commencerons par un exposé des notions essentielles sur le sommeil normal et le syndrome de Gelineau,

ce qui nous permettra de préciser les rapports qui existent entre ces deux manifestations, l'une physiologique, l'autre morbide.

Ensuite nous consacrerons un chapitre à l'étude des observations concernant l'onirisme narcoleptique pour y déceler les rapports qui relient les troubles psycho-sensoriels au sommeil pathologique.

Dans la conclusion, nous nous proposons de démontrer le rôle important qu'il faut attribuer aux troubles de la fonction hypnique dans l'apparition des désordres psycho-sensoriels, qui se traduisent le plus souvent par des hallucinations hypnagogiques suivies dans certains cas de confusion post-onirique d'une durée de plusieurs jours.

SOMMEIL PHYSIOLOGIQUE

Dans son ouvrage remarquable sur le sommeil, notre Maître Lhermitte a mis en évidence ce fait qu'il n'y a pas de coupure nette entre l'état de veille et le sommeil. En plus, l'auteur a montré que l'état morphéique, longtemps considéré uniquement sous son aspect négatif, est en réalité caractérisé par deux composants : un actif, l'autre passif, tant au point de vue psychique qu'au point de vue somatique.

La résolution musculaire, la diminution des reflexes tendineux et cutanés, l'apparition du signe de Babinski, le ralentissement du pouls et de la respiration, de même que le relâchement des facultés de critique et d'analyse en ce qui concerne le côté négatif du sommeil et son composant positif caractérisé par la révulsion des globes oculaires en haut et en dehors, la fermeture des paupières, le myosis et l'activité onirique surfont résument les principaux éléments de l'état morphéique.

Le passage de l'état de veille au sommeil et inversement se fait graduellement. Et c'est au cours des périodes relativement courtes, qui caractérisent le début et la fin du sommeil qu'on peut observer toutes les étapes par lesquelles passe le psychisme vigilant pour aboutir à la pen-

sée onirique et vice-versa. C'est surtout à la période qui précède le sommeil profond qu'une analyse attentive retrouve tous les éléments de la désagrégation progressive de la pensée vigile.

L'endormissement est caractérisé par un état de fatigue cérébrale, d'indifférence, de désintérêt du monde extérieur, par un relâchement de l'attention et par une dissociation des complexes psychiques.

Peu à peu, le jugement, la mémoire, la coordination des impressions sensorielles s'affaiblissent, l'orientation temporo-spatiale se trouble de plus en plus et tout cela conduit insensiblement à une confusion dans la représentation des images et dans l'évocation des souvenirs.

Au cours de ce demi-sommeil — pendant lequel le sujet n'ayant pas complètement quitté la vie réel garde ses yeux ouverts aux impressions extérieures — apparaissent souvent des visions colorées ou ternes, comme par exemple des fleurs, une table ou bien des animaux immobiles ou animés. Plus rarement apparaissent des images auditives sous forme de lambeaux de phrases ou de notes musicales. Ces visions sont connues sous le nom d'images hypnagogiques. Leur apparition est subite, indépendante de notre volonté et ne s'accompagnent ordinairement d'aucune nuance affective.

Mais si l'hypnagogique se comporte devant cette imagerie le plus souvent en spectateur impassible, il n'en est pas toujours ainsi du rêveur.

Celui-ci, dont l'activité psychique a perdu la puissance de synthèse, n'est plus à la période du sommeil profond que le jouet de la fantasmagorie qui se déroule devant

sa conscience endormie. C'est ce qui explique la facilité avec laquelle le dormeur vit son rêve dont le contenu incohérent et parfois invraisemblable est projeté dans la réalité.

Au fur et à mesure que le sommeil touche à sa fin, le psychisme confus du dormeur cherche à se faire jour à travers la brume morphéique pour ne passer à l'état vigile qu'après avoir traversé une période de courte durée qui ressemble à l'endormissement.

C'est précisément au cours de cette période qui précède le réveil qu'on peut voir apparaître, comme dans l'endormissement, des visions hypnagogiques connues sous le nom d'images hypnophoriques.

Si normalement, au réveil, la pensée vigile remplace quasi instantanément la pensée onirique confuse à représentations imagées, il n'en est pas toujours ainsi. Aussi arrive-t-il qu'au sortir du sommeil naturel on se demande pendant quelques instants si l'idée qui se présente à l'esprit est une réalité ou une rêverie.

Ainsi, un soldat cité par Tissié, rêve qu'il passe en conseil de guerre et rend son sabre. Au réveil, il porte sa main sur son sabre à côté du lit pour voir s'il y est encore.

L'illusion de la réalité du rêve peut donc exister au moment même où celui-ci cesse. Mais au bout de quelques hésitations, la rectification a lieu à la lumière des faits qu'apporte la réalité.

Il va de soi que cette description du rythme veille-sommeil est trop schématique pour épuiser toutes les particularités qu'on peut observer aussi bien au début du

sommeil qu'au réveil. Aussi avons-nous jugé utile, avant de passer à l'étude de la narcolepsie de signaler les troubles qu'on peut observer aussi bien au cours de l'endormissement qu'à la fin du sommeil chez certains sujets présentant des manifestations d'ordre névropathique.

Ainsi quantité de personnes ne peuvent s'endormir qu'après avoir présenté préalablement une phase d'excitation caractérisée quelquefois par de l'anxiété, de l'angoisse ou de l'agitation motrice. D'autres présentent soit à la phase prechypnique, soit dans la nuit ou à la fin du sommeil un état de cataplexie accompagné d'angoisse que notre Maître Lhermitte avec Dupont ont décrit sous le nom de cataplexie du réveil.

Nous admettons volontiers que ces phénomènes tiennent à la fois de la physiologie et de la pathologie du sommeil. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous les avons cités ici, avant de passer à l'étude du sommeil morbide.

SYNDROME DE GELINEAU EN TANT QUE MANIFESTATION DU SOMMEIL MORBIDE

Dans son livre remarquable « Le Sommeil », M. Lhermitte définit la narcolepsie « une manifestation morbide qui a pour élément essentiel un besoin impérieux, irrésistible de dormir auquel le sujet succombe quelle que soit sa volonté de n'y point céder. C'est au propre l'inverse de l'insomnie ».

Comme dans le sommeil physiologique, on retrouve dans le sommeil narcoleptique les composants actif et passif de l'état morphéique et qui sont respectivement : l'activité onirique et la dissolution du tonus d'attitude. Mais comme le montrent souvent les faits cliniques, le processus morbide de la narcolepsie a réalisé une dissociation de la fonction hypnique. Si bien que les attaques de narcolepsie se manifestent tantôt sous la forme d'un sommeil sommatique avec conservation plus ou moins complète de la lucidité — c'est la cataplexie — tantôt comme un sommeil psychique.

La cataplexie ou astasie de Gelineau consiste dans une dissolution subite du tonus d'attitude avec conservation presque intégrale de l'activité psychique et qui est pra-

voquée par une excitation affective agréable, pénible ou anxieuse. Le patient s'écroule à terre, et pendant un temps plus ou moins long — qui varie de quelques secondes à quelques minutes — son attitude ressemble à celle du dormeur plongé dans un sommeil profond.

De ce syndrome on peut rapprocher celui de la cataplexie du réveil, qui plaide en faveur d'une relation étroite entre le sommeil normal et pathologique. C'est précisément de la cataplexie du réveil avec rêverie qu'il s'agit dans l'observation suivante que M. Lhermitte nous permet de rapporter ici.

OBSERVATION I

Mme Dur..., 36 ans. Présente des crises de cataplexie parfois dans la nuit surtout au réveil, lesquelles sont devenues de plus en plus fréquentes depuis l'âge de 26 ans. « Pendant l'attaque, raconte la malade, il m'arrive d'avoir mes paupières très légèrement entr'ouvertes et de voir à travers les cils sans toutefois pouvoir les ouvrir davantage puisque tout mouvement m'est interdit malgré le débat acharné que ma volonté oppose à cette immobilité. Une fois l'idée me vint de chercher un dérivatif en comptant les tic-tac du réveil que j'entendais très nettement — car ma faculté auditive est dans ce cas plus intense qu'à l'état de veille — j'ai réussi à en compter 15 et je me suis sentie délivrée ».

Pendant l'attaque, son mari l'embrasse, la frôle, mais rien ne se produit. Il l'embrasse sur les lèvres et elle se réveille. Le sentiment d'angoisse qui accompagnait les attaques, de même que la fatigue qui en résultait, ont

disparus dès que la malade a été rassurée sur son état. Notons qu'habituellement les crises sont précédées de rêves érotiques et obscènes. Il lui arrive également de rêver pendant l'attaque. Alors elle s'imagine agiter bras et jambes et pourtant elle sait comment sont placés ses membres, elle le sait même mieux qu'à l'état de veille.

Dans les antécédents de la malade, on relève une tendance aux hallucinations oniriques. Dans l'enfance, il lui est arrivé de se réveiller dans la nuit et de voir dans l'obscurité la chambre de sa grand'mère. L'examen général ne révèle rien de particulier. Antécédents héréditaires : un oncle interné et un grand-oncle, de même qu'un cousin morts aliénés.

Quant à la crise typique de narcolepsie, elle ressemble sous plus d'un rapport au sommeil normal. De même que celui-ci, les attaques narcoleptiques présentent un rythme et une durée qui sont souvent les mêmes pour le même malade. Ces attaques surviennent le plus souvent entre 13 et 15 heures et durent en moyenne de 5 à 15 minutes. Lorsque le malade a succombé à son sommeil, la résolution musculaire est complète, la sensibilité diminuée et obtuse ; les traits affaissés réalisent un masque de stapeur. Tiré de sa somnolence par des excitations répétées, le malade sort de sa torpeur pour se rendormir aussitôt.

Certaines crises de narcolepsie peuvent surtout être considérées comme l'expression d'un sommeil psychique

dans ce sens que le sujet, tout en manifestant une activité psycho-motrice lui permettant d'accomplir des actes assez complexes, ne s'en rend nullement compte.

Ainsi M. Lhermitte et Mlle Roques ont rapporté le cas d'une jeune dactylo qui poursuivait pendant la crise narcoleptiques les lettres commencées.

Thiele et Bernhardt citent le cas d'un malade qui, surpris par une crise pendant la marche, continua à avancer, mais ne garda au réveil aucun souvenir du chemin parcouru.

Si l'état narcoleptique ne laisse qu'une faible place à l'activité onirique, il n'en est pas toujours ainsi. Aussi peut-on voir surgir au cours de l'attaque de narcolepsie des représentations visuelles et auditive semblables à celles que nous avons signalées à propos du sommeil normal sous le nom d'images hypnagogiques de l'endormissement et d'image hypnopompiques du réveil.

Ainsi une malade observée par Alajouame et Baruk voyait souvent, à la faveur d'un assoupissement au cours de la journée, défiler devant ses yeux des personnages qui, vus de dos, étaient pris pour des brigands.

Un malade observé par Brock présentait souvent à la fin des crises narcoleptiques un état de cataplexie du réveil, accompagné de visions hypnopompiques. Il se voyait dans une pièce vide en train de parler avec un frère ou avec une sœur.

En somme, nous retrouvons dans le sommeil narcoleptique tous les éléments du sommeil normal. Ce qui nous permet de conclure à l'existence de rapports de parenté entre ces deux manifestations : une physiologique, l'autre morbide.

ONIRISME NARCOLEPTIQUE

Dans le présent chapitre, nous nous proposons de montrer la richesse et la variété des troubles psycho-sensoriels que comporte l'activité onirique au cours du syndrome de Gelineau d'abord, ensuite — comme cela ressort de nombreuses observations récentes — qu'il existe un étroit lien de parenté entre l'éclosion de l'activité onirique morbide et les troubles de la fonction hypnique.

Nous citerons tout d'abord les cas où les troubles du sommeil accompagnés de rêve hallucinatoire précèdent ou suivent l'apparition des crises narcoleptiques. MM. J. Lhermitte et R. Huguenin en rapportent un cas très intéressant que nous citons ici :

OBSERVATION II

(Narcolepsie et onirisme avec somniloquie, par MM. J. LHERMITTE et R. HUGUENIN. *Revue Neurologique*, t. I., n° 2, février 1934).

« Il s'agit d'une femme de 25 ans dont les antécédents héréditaires sont sans intérêts. Pas de narcoleptiques dans la famille.

« Antécédents personnels ; Enfance normale. A 13 ans

elle est atteinte de coxalgie gauche, à 18 ans d'otite suppurée bilatérale ayant nécessité une double trépanation mastoïdienne. Au cours de cette otite, se seraient produit des accidents méningés accompagnés de paralysie faciale droite et d'ophtalmoplégie, toutes deux éphémères.

« La malade a été réglée seulement à 17 ans et régulièrement depuis ; deux fausses couches provoquées, l'une compliquée de salpingite.

« A l'âge de 11 ans, sont apparues les premières crises de narcolepsie. Celles-ci n'ont fait que d'intensifier et se multiplier dans la suite, jamais les attaques ne se sont espacées malgré le traitement qui leur furent opposé.

« Etat actuel (juin 1933) : La patiente, employée dans une usine, se voit à la veille d'être renvoyée à cause du redoublement des crises de sommeil auxquelles elle est sujette depuis l'âge de 11 ans. Un sommeil invincible s'empare d'elle à toute heure du jour, aussi s'endort-elle en mangeant, en causant, en marchant même. Naturellement, la position assise, la période post-prandiale, la répétition d'un bruit monotone favorisent ou appellent la crise narcoleptique. Bien souvent, prise de sommeil, elle dépasse les stations d'autobus ou de métro.

« En attendant la consultation, nous la trouvons régulièrement endormie. Toujours le réveil est possible, quoique difficile. Après la crise, la malade ne reprend pas immédiatement un état de conscience parfaitement clair ; elle est à demi-ivre, dit-elle. Sa marche est hésitante, oscillante, comme celle qui caractérise l'ébriété.

« Fait plus curieux, le tonus musculaire reste défaillant pendant les quelques instants qui suivent la crise ;

la mlade laisse tomber les objets après les avoir correctement saisis. Lorsqu'elle veut lutter contre le sommeil qui l'envahit, elle éprouve un mal de tête avec nausées ; parfois, mais non toujours, son effort est couronné de succès.

« Les crises de narcolepsie apparaissent donc des plus typiques. A celles-ci se joignent des attaques de cataplexie non moins caractérisées ; perte subite du tonus statique des membres inférieurs sans chute ; assez fréquemment, la malade immobilisée pleinement consciente de ce qui se passe autour d'elle, semble dormir, en réalité il ne s'agit que d'un sommeil incomplet, somatique et non psychique.

« *L'onirisme narcoleptique.* — Sans que nous l'ayons interrogée sur ce point, la malade nous déclare que, dès que le sommeil l'envahit, elle se prend à rêver. Aussi bien le jour que la nuit, l'état morphéique est peuplé de rêves. En général, ce sont des rêves angoissants, terrifiants, au cours desquels elle aperçoit son père dans des situation menaçantes ou dramatiques. Ainsi la patiente nous raconte le rêve suivant : Devant elle se dresse un grand immeuble de 6 étages en fer, des flammes lèchent la façade ; sur le toit son père se promène, luttant contre l'incendie ; sur le point d'être brûlé, il saute du 6^e étage dans la rue, mais il ne se fait aucun mal. Très souvent, le rêve lui montre son père se précipitant contre elle armé d'un couteau. Interrogée sur l'origine de ce rêve, la malade confesse que son père fut toujours méchant avec elle et qu'aucune affection ne les a jamais unis.

« Enfin, pendant l'attaque narcoleptique, non seule-

ment se déroulent des scènes émouvantes, mais la malade parle, divague, répond même d'une manière inconsciente aux questions qu'on lui pose. Cela, elle le sait et elle le voit, par l'expression des personnes qui assistent à des crises de sommeil involontaire.

« *Sommeil nocturne.* — Plus que médiocre depuis l'apparition de la narcolepsie. L'endormissement est facile et prompt, mais le sommeil est coupé de réveils souvent anxieux, déclenché par l'imagerie du rêve ou du cauchemar. Souvent la malade se lève, visite tous les recoins de la chambre pour y déceler un voleur qui se cache, puis se recouche, apaisée. Bien souvent le souvenir de cette scène est estompé et souvent la malade n'en garde aucune trace. Nous relevons que cette malade, dès son enfance, a présenté des manifestations de somnambulisme.

« *Examen de la malade.* — Le psychisme est normal, mis à part une certaine inquiétude et une mobilité de l'humeur. La sensibilité et la reflectibilité superficielle et profonde se montrent absolument normales. Aucun trouble trophique ni sphincterien. A noter que pendant les attaques de cataplexie, jamais ne s'est produite la moindre perte des urines. Reflexe sepilo moteur très vif surtout à droite, soit après l'application d'un tube de glace, soit après l'excitation du trapèze (A. Thomas). Règles normales. Tension artérielle 13-7 (Vaquez). Urée sanguine 0,28. Réaction de Wassermann complètement négative. La ponction lombaire a montré un liquide complètement normal. Pas de leucocytose. Albumine : 0,10. B. Wassermann négatif.

« Un traitement spécifique au cyanure de Hg est institué malgré la négativité des réactions sanguine et céphalo-rachidienne ; aucune amélioration ne se produit. On prescrit alors 0,50 d'éphédrine par jour.

« La malade revient en janvier 1934 ; elle déclare avoir été très nettement améliorée et rapidement par la prise d'éphédrine. Les accès narcoleptiques se montrent beaucoup moins fréquentes et moins accusées. »

Dans cette observation que nous avons jugé utile de reproduire en entier, la conjonction entre le processus hypnique et le processus onirique est évidente.

D'autres exemples de cette association du rêve au sommeil narcoleptique ont été rapportés par Thiele et Bernhardt.

OBSERVATION III

(Cas n° 9 du travail : Beiträge zur Kenntnis der Narcolepsie von R. Thiele et H. Bernhardt. Berlin, 1933).

Mme Edelt. D..., 22 ans. Aucune maladie infectieuse dans le passé. A l'âge de 8 ans sont apparues des crises de cataplexie accompagnées de crispation des lèvres. En même temps, elle remuait ses bras et jambes « comme si elle voulait repousser quelque chose lorsqu'elle voulait reprendre quelque chose ». Ces phénomènes ont disparus par la suite. Le sommeil nocturne fut souvent troublé, au début surtout, par des secousses dans les membres et au niveau des épaules. Au bout de quelques semaines sont apparues des crises typiques de narcolepsie, en même temps que des hallucinations oniriques nocturnes. Au milieu de la nuit, elle se réveillait anxieuse. Alors elle voyait devant elle soit un chat blanc

qui voulait sauter sur elle, soit un homme noir qui s'apprêtait à la saisir. Pendant ce temps, elle était complètement réveillé et on pouvait s'entretenir avec elle. Notons qu'à aucune de ses crises la malade n'a perdu les urines, ne s'est mordu la langue ni perdu connaissance.

OBSERVATION IV

(Cas n° 13. Wilhelm, W. Thiele et Bernhardt)

Il s'agit d'un narcoleptique de 25 ans. Depuis le jeune âge, il s'est montré indiscipliné et l'esprit aventurier, tout en étant flegmatique. Depuis l'âge de 18 ans « il marchait comme un vieux » en s'affaissant à chaque pas. Peu avant son entrée dans la clinique, il commença à présenter des crises de narcolepsie avec onirisme fantastique ayant souvent l'impression d'être comme hypnotisé. Dans ces cas, il présentait au réveil une légère confusion. En même temps, le sommeil fut souvent troublé par des rêves avec somniloquie.

Dans deux autres cas rapportés par Thiele et Bernhardt, on voit apparaître à côté des troubles décrits précédemment, des phénomènes pathologiques plus prononcés, telle que le sentiment d'influence et hallucinations auditives et tactiles.

OBSERVATION V

(Cas n° 2. Thiele et Bernhardt. Beiträge zur Kenntnis der Narcolepsie).

Erich K., 23 ans. Aucune maladie infectieuse dans le passé. Depuis l'âge de 16 ans, il présentait des troubles

du sommeil avec des rêves terrifiants dans lesquels il voyait souvent des cambrioleurs, alors anxieux il appelait au secours et se réveillait. Une fois réveillé, il lui arrivait de sentir dans son lit des souris qu'il réussissait à attraper avec ses mains. En même temps, il s'entretenait avec son entourage. Au réveil, il se sentait fatigué et dormait souvent dans la journée. Peu à peu sont apparues des crises de narcolepsie typiques. Le malade s'endormait alors aussi bien à table qu'à son travail ou à bicyclette. En dernier lieu sont survenues des attaques cataplectiques. Les crises de sommeil diurne furent presque toujours accompagnées d'onirisme. Le malade rapporte surtout un rêve avec phénomène de transfert, qu'il faisait chaque fois qu'il avait une dispute peu avant l'attaque. Dans ce rêve, il mettait son adversaire — en l'hypnotisant — dans un état de cataplexie qu'il avait lui-même expérimenté. L'examen neurologique et la ponction lombaire ne révélaient rien de particulier. Il est intéressant de noter que chez ce malade l'onirisme hallucinatoire a précédé l'éclosion du syndrome narcoleptique.

OBSERVATION VI

(Cas n° 16. Thiele et Bernhardt. Beiträge zur Kenntnis der narcolepsie).

Mlle Gertrude B..., 18 ans. L'anamnèse ne révèle rien d'important, si ce n'est que depuis l'âge de 15 ans la malade présente des crises de narcolepsie jusqu'à 6 par jour. Parfois elle s'endort dans la rue et continue à marcher comme dans un rêve. Le matin, au réveil, elle reste confuse pendant quelque temps. Une fois, elle vint pren-

dre son café en chemise de nuit. Après les attaques de narcolepsie, elle garde toujours une difficulté pour remuer ses membres et présente des secousses dans tout le corps. Au cours de son sommeil nocturne, elle est sujette à des crises de somnambulisme et de cataplexie. Une fois dans la nuit, la malade entendit une voix lui ordonnant de se lever pour faire son ménage. Tout en sachant que cela n'avait pas de sens, elle exécuta l'ordre parce qu'elle ne pouvait pas y résister.

Il s'agirait donc ici d'hallucinations auditives accompagnées d'automatisme psychomoteur.

Jusqu'à présent les troubles que nous avons observés chez les différents malades — aussi importants soient-ils — ne semblent pas avoir compromis l'activité psychique à l'état de veille. Nous allons voir qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Penta publia dernièrement une très intéressante observation d'onirisme pure de toute confusion chez un narcoleptique qui, tout en travaillant, voit apparaître devant lui des scènes de son enfance avec une netteté parfaite.

OBSERVATION VII

(Cas n° 1 de Penta. La narcolessia. *Revista di Neurologia*, 1935).

M. X..., 22 ans, présente des crises typiques de narcolepsie et de cataplexie. Rien d'important dans ses antécédents. Les crises de narcolepsie s'accompagnent d'hallucinations hypnagogiques au cours desquelles il voit défiler devant lui des images comme sur un écran dont il ne garde qu'un souvenir très imparfait. Souvent, dans la

journée, tout en travaillant, il se met à rêver. Le contenu du rêve, vague au début, se précise par la suite. Ainsi un jour il vit surgir devant lui une tête d'enfant dans laquelle il reconnut un camarade d'enfance. Peu à peu, apparut le reste du corps ; alors le malade assista à une scène de jeu d'enfant dans laquelle il se voyait lui-même en train de jouer. Le malade conscient de son état, se complait dans ses hallucinations et regrette de les voir disparaître. Notons que le malade présente des troubles du sommeil nocturne.

Nous citerons enfin trois observations où les troubles psycho-sensoriels polymorphes, — avec dissociation de la personnalité — engendrent chez les malades la conviction de la réelle existence des phénomènes hallucinatoires. Cette conviction, ils la gardent à la faveur d'une confusion post-onirique pendant plusieurs jours.

OBSERVATION VIII

(Cas n° 1. Fr. Th. Munzer : *Über Hypnagog-hallucinatorische Erlebnisse bei Narcolepsie. Archiv. für Psychiatric Heft 4, 1934*).

M. Fritz Ho..., 25 ans. Dans ses antécédents, on trouve du rachitisme à 3 ans, rougeole à 7 ans et à 19 ans la scarlatine. Soigné pour torticolis mental à l'âge de 6-8 ans. Le malade présentait ce symptôme de temps à autre jusqu'à l'âge de 20 ans. A l'âge de 10 et 20 ans, deux épisodes fébriles, sans céphalée, ni insomnie, ni diplopie. Tendance à la rêverie. Pas d'encéphalite léthargique dans le passé.

A l'âge de 24 ans, sont apparues les premières crises

de narcolepsie, de plus en plus fréquentes et d'une durée de 10 à 15 minutes. Le sommeil nocturne fut troublé par des rêves dès le début de la maladie. Enfin, en dernier lieu sont survenues, aussi bien au cours des attaques narcoleptiques que pendant la nuit, des hallucinations hypnagogiques et oniriques.

Le malade voyait et sentait de 1 à 4 petits chats, — plus rarement des souris et des singes — qui se seraient faufileés sous la couverture et se poursuivaient en courant, sur son corps. Il réussissait parfois à les attraper. Il ne les entendait que rarement. Il n'en a jamais senti l'odeur. Ces hallucinations oniriques étaient si vivantes que le malade cherchait au réveil les petits chats dans son lit et interrogeait à ce propos l'entourage. Il demandait à son frère — qu'il soupçonnait d'avoir mis les chats dans son lit — de l'aider à les chercher dans la chambre. Pendant 10 à 14 jours, le malade croit à la réelle existence des faits vécus pendant son rêve hallucinatoire. Mais une fois persuadé qu'il ne s'agissait là que d'une fantasmagorie onirique, il ne cherchait plus les animaux, bien qu'il ne pût se défendre contre les apparitions. Par la suite, sont survenues des attaques de cataplexie provoquées par le rire ou l'énervement.

Le traitement par l'éphédrine amène une disparition des attaques cataplectiques de même que des hallucinations oniriques. Quant aux crises de narcolepsie, si elles sont devenues plus rares et exemptes de rêves, leur durée en revanche fut augmentée.

De plus, les hallucinations hypnagogiques se sont compliquées d'un état cataplectique avec sensation d'an-

goisse. Lorsque le malade s'endormait après le déjeuner, de même qu'au cours de l'endormissement, il avait l'impression que quelqu'un pénétrait dans la chambre, ce qui était une menace pour lui ; il voulait appeler mais n'y réussissait pas.

Fait intéressant : un quart de litre de vin et 2-3 cognac déclenchaient à nouveau des hallucinations oniriques, pendant lesquelles le malade sentait des chats grimper sur son corps, mais ne les voyait pas. Cela disparaissait après absorption d'un centigramme d'éphédrine.

Examen du malade : Faciès endormi, exophtalmie uni-latéral. Reflexe rotulien gauche vif. Les achiliens absents, les autres normaux.

B. Wassermann négatif dans le sang. Le liquide céphalo-rachidien légèrement hypertendu. B. Wassermann négatif. Métabolisme de base + 20.

OBSERVATION IX

(Cas n° 2. Franz Th. Munzer. Über hypnagog halluzinatorische Erlebnisse bei Narcolpsie. *Archiv für Psychiatrie Heft 4*, 1934).

M. Hlad. Jan, 26 ans. Aucune autre maladie que la rougeole à 8 ans. Le début des crises narcoleptiques remonte à l'âge de 21 ans, jusqu'à 5 crises par jour d'une durée de 5 à 10 minutes. En s'observant dans une glace, le malade a remarqué qu'avant l'attaque, en même temps qu'une fatigue l'envahissait, il pâlisait et ses yeux se cernaient. Le sommeil, au cours des attaques, ressemblait à celui de la nuit, et s'accompagnait souvent de rêves. En même temps sont apparues les attaques de cataplexie.

Le sommeil nocturne présentait des troubles de plus en plus importants. A l'inquiétude et à la somniloquie du début de la maladie, se sont ajoutées depuis un an des hallucinations hypnagogiques, avec angoisse. Le malade avait l'impression que des souris gambadaient sur son corps. Il les sentait grouiller, mais ne les voyait pas. Le rêve était si vivant que le malade sauta à plusieurs reprises de son lit pour chercher les souris. Dans la journée, il répandit du poison dans tous les coins de la chambre dans le but d'exterminer les bêtes. Cette confusion post-onirique dura 14 jours. A la même époque, apparurent des crises de catalepsie préhypnique avec angoisse qui duraient de 3 à 4 minutes.

En dernier lieu le malade signala le fait suivant : Un soir, au début de l'endormissement, il eut tout d'un coup l'impression qu'il étouffait, comme si quelqu'un l'étranglait. En même temps il aperçut un squelette qui cherchait à s'emparer de lui. Alors il réveilla son voisin pour lui demander s'il n'a pas ressenti des choses semblables.

Le traitement par l'éphétonine à raison de 0 gr. 75 par jour amena une amélioration considérable.

L'examen neurologique du malade révèle un léger nystagmus dans le regard latéral, dans le regard en haut et à la convergence. L'œil gauche présente une légère paralysie à la convergence. Pupilles égales rondes réagissent bien à la lumière. Reflexes cornéen affaiblis des deux côtés.

Reflexes patellaires normaux. Les archiliens sont exagérés. Aux membres supérieurs, les reflexes sont normaux.

En analysant les deux cas, l'auteur insiste sur le fait qu'il s'agit d'un rapport étroit entre l'apparition des phénomènes hallucinatoires et le syndrome narcoleptique et non pas d'une simple coïncidence. Les deux malades, dit l'auteur, n'ont jamais présenté de troubles semblables dans le passé.

Il souligne également que les hallucinations hypnagogiques suivies de confusion post-oniriques sont apparues avant les troubles affectifs. Les attaques de catalepsie avec angoisse ne sont survenues qu'en deuxième lieu.

En comparant les hallucinations hypnagogiques des narcoleptiques à l'hallucinoze pédonculaire, l'auteur constate qu'il s'agit de deux phénomènes apparaissant à la période de passage de l'état de veille au sommeil, période propice à l'éclosion de troubles psycho-sensoriels.

Mais il oppose le polymorphisme des troubles psycho-sensoriels que présentent ses deux malades aux hallucinations presque toujours uniquement visuelles au cours de l'hallucinoze pédonculaire. Il reconnaît néanmoins qu'une même cause est à la base de ces deux manifestations morbides : le trouble de la fonction hypnique.

Pour Munzer, le fait que l'apparition des hallucinations hypnagogiques a lieu au début du sommeil nocturne aussi bien qu'au début de l'attaque narcoleptique, c'est-à-dire à la période transitoire entre l'état de veille et le sommeil, s'expliquerait par une disjonction fonctionnelle entre le cortex et la région sous-corticale.

Des cas semblables à ceux que nous venons de citer ont été décrits par Rosenthal. Nous en résumons ici un que l'auteur publia sous le titre de « Syndrome hallucinatoire cataleptique avec angoisse et catatonie. ».

OBSERVATION X

(Hallucinatorisch-cataleptisches angst-syndrom und katatonie. Kurt Rosenthal. *Archiv. für psychiatrie und nervenkrankheit*, 1934).

Mlle Erica Sch..., 21 ans. Narcolepsie typique. Au cours de l'endormissement, rarement dans la nuit elle éprouve le sentiment de se trouver en présence de quelqu'un d'antipathique. Puis elle sent et voit une main qui la serre. Voit et entend l'infirmière soit à côté de son lit ou bien en train de téléphoner. Voit une petite vieille femme qui avec ses mains appuie si fortement sur la poitrine de la malade que celle-ci suffoque. Elle sent également souffler un vent venant d'un mur ; alors elle a froid et sent remuer ses cheveux.

Elle croit avoir remué ses membres, s'être trouvée la tête par terre et les membres inférieurs dans son lit. Elle voit sur ses pieds des pantoufles qu'elle ne portait plus depuis longtemps. Elle croit également avoir pleuré et appelé au secours. Tout cela fut accompagné d'un sentiment d'angoisse. Au réveil, elle fit des reproches à sa voisine de n'être pas venue à son secours et fut tout étonnée d'apprendre qu'elle est restée silencieuse et immobile dans son lit. La malade prétend également n'avoir senti de tout son corps que la poitrine à l'endroit où elle fut serrée.

En analysant les troubles présentés par la malade, M. Rosenthal insiste sur les faits suivants : Les hallucinations s'imposent à la malade malgré elle. L'entourage n'arrive à convaincre la malade de l'irréalité des faits.

vécus qu'avec une grande difficulté. Les hallucinations ont un caractère d'objectivité et sont d'une intensité telle que l'auteur n'hésite pas à les considérer comme des vraies hallucinations dans le sens de Jaspers.

Il souligne également l'étrangeté des sentiments éprouvés par la malade. « C'est inexprimable », dit-elle. Elle a également l'impression d'être sous une influence hypnotique malveillante et éprouve un sentiment d'emprise et d'agression corporelle. Si on ajoute à tout cela que l'attaque cataplectique et avec elle l'angoisse sont liées à la position couchée, on comprendra que la malade ait l'appréhension de se coucher.

Le sentiment d'angoisse qui accompagne les crises de cataplexie préhypnique serait, d'après l'auteur, primitif et non pas d'origine psychique, autrement l'auteur ne s'explique pas pourquoi les malades restent anxieux tout en sachant que l'attaque ne présente rien de fâcheux pour eux. Ce qui serait également inexplicable, ajoute M. Rosenthal, c'est l'intensité de ce trouble qui va jusqu'à créer un sentiment d'anéantissement.

Pour notre Maître Lhermitte, « le sentiment d'angoisse résulte de la situation paradoxale où le sujet se trouve plongé en raison de la discordance entre l'état de veille psychique et l'état d'inhibition corporelle ». Ce sentiment d'angoisse diminue considérablement une fois que le malade est rassuré sur son état. Nous en trouvons la preuve dans les faits rapportés dans l'observation n° 1.

De l'analyse des observations, il se dégage ceci : qu'on peut observer au cours du syndrome de Gelineau des hallucinations oniriques et hypnagogiques pendant lesquelles les malades gardent une conviction dans la réalité des faits vécus.

La plupart des malades vivent leurs hallucinations, puisqu'ils se comportent vis-à-vis des phénomènes hallucinatoires comme s'il s'agissait d'une réalité (Observations 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10). Certains d'entre eux voient, réveillés et les yeux ouverts, des images, bêtes, scènes, aussi bien dans la journée, comme c'est le cas du malade de l'observation n° 7, qu'au cours de la nuit (observations 3 et 5). Dans ces cas, il s'agit donc d'hallucinations vraies selon la définition d'Esquival pour lequel « tout homme qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens, est dans un état hallucinatoire ».

En plus, nous voyons persister une conviction dans la réalité des faits vécus au delà de la période hallucinatoire qui se traduit par des idées délirantes accompagnées de sentiments et actes en rapport avec la nature des événements oniriques.

Ainsi, le malade Fritz H... (obs. 8) demande à son frère qu'il soupçonne d'avoir mis des chats dans son lit de l'aider à les chercher ; le malade Hlad Jan (obs. 9) répand pendant plusieurs jours du poison dans tous les coins de sa chambre pour exterminer les souris ; et la malade Erica Sch... (obs. 10) fait des reproches à sa voisine de ne pas être venue à son secours pendant la nuit.

Chez tous ces malades, en plus de phénomènes ci-des-

sus décrits, on constate des troubles importants de l'affectivité se manifestant soit par de l'anxiété, soit par un sentiment intense d'angoisse.

Ces sentiments, nous les retrouvons chaque fois qu'il s'agit de troubles psycho-sensoriel, aussi bien dans le rêve hallucinatoire que dans les hallucinations hypnagogiques suivies de confusion post-onirique. Aussi sommes-nous tenté de nous demander avec Maine de Brau si la conviction dans la réalité des phénomènes oniriques n'est pas subordonnée à la disposition affective qui déterminerait ces derniers. L'auteur dit notamment : « Il arrive que l'imagerie du rêve dure autant que la disposition affective qui l'a déterminée. La croyance à la réalité du rêve se dissipe à mesure que l'émotion s'apaise. Une s'évanouit avec l'autre sans que la raison et la réflexion y coopèrent ».

Le Pr. Claude et Ey, dans une étude remarquable sur les troubles psycho-sensoriels et états oniriques dans l'encéphalite épidémique chronique (*Presse médicale*, du 16 août 1933), après analyse de nombreux cas, concluent à l'existence d'état psychopathiques aigus à caractère onirique engendrés par une dissociation de la fonction hypnique. Les auteurs soulignent notamment leur caractère nocturne et vespéral, l'anxiété fréquente qui les accompagne, l'état confusionnel et transitoire, de même que l'existence d'illusions de pseudo-hallucinations et de certains phénomènes d'hallucinoïse, lesquels forment, d'après les auteurs, la matière la plus considérable de ces états.

Ces auteurs s'accordent donc, nous le voyons, avec

notre Maître Lhermitte, lequel au cours de ses travaux approfondis sur le sommeil, ayant étudié les manifestations cliniques qui nous occupent, a insisté longuement sur ce fait que ces perturbations psycho-sensorielles présentent des caractères si particuliers qu'il est impossible de ne pas y saisir l'étroite parenté avec l'état de rêve. Déjà, dans son rapport au congrès annuel de la Société de neurologie de Paris en 1927, puis dans son livre « le Sommeil », notre Maître Lhermitte a montré qu'il existe dans le mésocéphale une région où le dispositif régulateur de la veille et du sommeil se montre particulièrement sensible aux altérations morbides.

Plus récemment, dans un travail sur les « hallucinations visuelles au cours des syndromes pédonculaires » (Annales médico-psychologiques, nov. 1934), l'auteur a mis en évidence les rapports qui relient les lésions mésodiencephaliques à une activité onirique vespérale caractérisée par des hallucinations visuelles.

Pour notre Maître Lhermitte, cet état d'hallucinose visuelle serait la traduction d'une dissociation de la fonction hypnique déterminant une libération de l'activité onirique. Dans ces cas, on observe, en effet, des troubles du sommeil d'une part et des images hallucinatoires d'autre part, qui possèdent les mêmes attributs que celles du rêve par leur déroulement, leur incohérence et leurs associations visuo-tactils. Pendant la phase active de l'hallucination, l'activité psychique du malade ressemble à celui du rêveur éveillé. Ajoutons que le sujet n'est pas toujours pleinement conscient de l'irréalité des images hallucinatoires et que celles-ci sont prises par certains pour des fragments de la réalité.

Il s'agit donc de troubles psycho-sensoriels apparaissant à la période préhypnique, qui traduisent une libération de l'activité onirique et cela en rapport avec des troubles du sommeil.

Or, dans les observations étudiées par nous, de même que dans celles des auteurs cités dans notre travail, il s'agit fréquemment d'hallucinations oniriques, apparaissant dans la plupart des cas à la période préhypnique. En plus, ces troubles psycho-sensoriels sont manifestement en rapport avec une dissociation de la fonction hypnique.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que ces deux manifestations morbides ne présentent que des aspects cliniques différents d'un même trouble : celui de l'état morphéique.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Le syndrome de Gelineau peut s'accompagner d'onirisme hallucinatoire, aussi bien au cours des attaques diurnes que pendant le sommeil nocturne.

Dans certains cas, les hallucinations oniriques et hypnagogiques peuvent être suivies d'une confusion post-onirique d'une durée de plusieurs jours.

Les troubles de la fonction hypnique semblent être la seule cause de ces manifestations morbides, car celles-ci apparaissent et disparaissent avec celles-là.

Vu : Le Doyen
G. ROUSSY.

Vu : Le Président
H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBESSARD R. — L'hallucinoſe pédonculaire. Thèse de Paris, 1934.
- H. CLAUDE et H. EY. — Troubles psycho-sensoriels et états oniriques dans l'encéphalite épidémique chronique. *Presse Médicale*, n° 65, 16 août 1933.
- H. CLAUDE et H. EY. — Les états hallucinatoires à type schirophrénique dans l'encéphalite épidémique chronique et le problème des hallucinations. *Encéphale*, tome XXVIII, n° 7, juillet-août 1933.
- H. CLAUDE et H. EY. — Evolution des idées sur l'hallucination. *Encéphale*, mai 1932.
- DE CLÉRAMBAULT. — Syndrome mécanique et conceptions mécanistes des psychoses hallucinatoires. *Annales médico-psychologiques*, 1927.
- DAVIES H. — Zur Kaznistik der Narcolepsie. *Der Nervenharzt*. Heft 8 1935.
- DAYLE AND DANYELS. — Symptomatie treatman for narcolepsy. *Journ. amér. méd. assoc.* Bd. 96. S. 1370, 1931.
- H. EY. — Brèves remarques historiques sur les rapports des états psychopathiques avec le rêve et les états intermédiaire au sommeil et à la veille. *Annales médico-psychologiques*, juin 1934.
- GELINEAU. — De la narcolepsie. *Gazette des Hôpitaux*, 1880.

- KYRIAKO et ROQUES. — Etudes sur les narcolepsies, 1 vol., Malaine, 1930.
- LHERMITTE J. — Le sommeil, 1 vol., A. Collin, 1931.
- LHERMITTE J. — L'hallucinoze pédonculaire. *Encéphale*, XXVII, n° 5, mai 1932.
- LHERMITTE J. — Les hallucinations et le rêve. *Gazette des Hôpitaux*, n° 98, décembre 1933.
- LHERMITTE J. — Les hallucinations visuelles au cours des syndromes pédonculaires. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1934.
- LHERMITTE J. et R. HUGUENIN. — Narcolepsie et onirisme avec somniloquie. *Revue Neurologique*, tome I, n° 2, février 1934.
- MUNZER Fr. — Über hypnagog-halluzinatorische Erlebnisse bei Narcolepsie. *Archiv für Psychiatrie Baud*, 102, Heft 4 1934.
- PENTA. — La narcolessia. *Revista di neurologia*, 1935.
- REGIS. — La phase de réveil du délire onirique. *Encéphale*, n° 5, mai 1911, p. 409.
- ROSENTHAL. — Halluzinatorisch-kataleptisches Augstsyndrome und. *Katatonie Baud*, 102, Heft 1 1934.
- THIELE R. und H. BERNHARDT. — Beiträge zur Kenntnis der Narcolepsie, 1 vol. S. Karger, Berlin, 1933.
- VACHIDE et MEUNIER. — Projection du rêve dans l'état de veille. *Revue de Psychiatrie*, février 1901, p. 38.
- VACHIDE et PIERON. — La psychologie du rêve, 1 vol., J.-B. Baillière, 1902.

